

様式第1号（第5条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証交付申請書

㊦ 被保険者氏名 （軽減対象者名）	-----		確認番号														
			個人番号														
			被保険者番号※														
生年月日	年 月 日	老齢福祉年金受給の有無	有 ・ 無														
住 所	〒 ー																
		氏 名	生 年 月 日	年度の町民税課税の有無													
世帯構成	世帯主		年 月 日	有 ・ 無													
	世帯員		年 月 日	有 ・ 無													
			年 月 日	有 ・ 無													
			年 月 日	有 ・ 無													
			年 月 日	有 ・ 無													
琴浦町長 様 社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証の交付を受けたいので、上記のとおり申請します。なお、確認に必要な市町村民税、資産等の調査を町が行うことについて同意します。  年 月 日  住 所 申請者 氏名 <span style="float:right">電話番号</span> <span style="float:right">㊦</span>																	

町記入欄

※ 交付年月日	年 月 日	※ 備 考
※ 適用年月日	年 月 日から	
※ 有効期限	年 月 日まで	

※印の欄は、市町村処理欄ですので、申請者の記入は不要です。

# 収入等申告書

年 月 日

琴浦町長 様

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私の、 年中の収入及び所有資産について、下記のとおり申告します。

種 類		金 額
収 入	年金等収入 ・ 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 老齢福祉年金 ・ ( ) 年金 ・ その他 ( )	円
	財産収入	円
	利子・配当収入	円
	その他の収入	円
	合 計	円
資 産 状 況	預貯金 ( )	円
	有価証券 ( )	円
	土地・家屋 ・ 種 類 ( ) ・ 所在地 ( )	
	その他	円

# 施設利用料申告書

年 月 日

琴浦町長 様

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私の、施設利用料の年間見込額について、下記のとおり申告します。

種 類	金 額
入所している居室の種類	1 ユニット型個室 2 ユニット型準個室 3 従来型個室 4 多床室
介護保険一部負担金 ( 算出基礎 )	円
食 費	円
居 住 費	円
そ の 他  ( )  ( )	円
合 計	円